

Logo ou nom de l'établissement

Fiche de transmissions : sondage vésical

Référence :

Date : __/__/20__

Transfert patient – résident
Inter-service, établissement ou sortie

Version :

Objectif :

- ✓ Assurer la continuité des soins par la transmission d'informations pour des patients - résidents ayant des sondages urinaires


Les renseignements ci-dessous peuvent être complémentaires à une feuille de transmissions déjà existante

Identification du patient : <i>étiquette patient</i>	Coordonnées de l'établissement de sortie : Etablissement : Tél Service : Tél Médecin : Tél IDE : Tél
--	--

Sondage à demeure <input type="checkbox"/> 1 ^{er} sondage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la pose : /__ /__ /____/ Type de sonde : <input type="checkbox"/> Silicone <input type="checkbox"/> Latex silicone Numéro de charrière : /__ /__ / Changement de sonde : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, Motif : Date(s) :	• Signes cliniques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si oui, préciser</i> • Toilette au savon doux <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Vérification de l'absence de fuites <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Fixation de la sonde <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Fixation du sac collecteur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Respect du système clos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>Si non, préciser</i> • Vidange du sac avant départ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non • Volume d'urine /____/
--	---

Sondage évacuateur isolé <input type="checkbox"/> Sondage intermittent <input type="checkbox"/> Auto-sondage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Hétéro-sondage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Système clos : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser : Fréquence / jour : Date - Heure du dernier sondage : Fréquence : Toilette au savon doux : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, préciser :	Motif : Date : Motif :
--	---

Commentaires :

	Rédaction	Mise à jour	Validation	Version 2
	Anne CANIVET- THOMASSIN Liliane HENRY Séverine PAIN	Liliane HENRY Isabelle ROLAND	CPias Normandie	Date : Juin 2017 Page : 1 / 1